Rok XLVIII. Kraków, dnia 24. grudnia 1909. Nr 52.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

## CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

**Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie. (Kierownik Prof. O. Bujwid).**

## Przyczynki do techniki i teoryi odczynu Wassermanna.

Podali

**Dr Filip Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch,**
asystenci Zakładu.

(Dokończenie).

Wreszcie nie od rzeczy będzie wspomnieć, że obie nasze modyfikacye, wypróbowane z wywoływaczem sztucznym A. Sachsa i Rondoniego (zarówno z przetworem oryginalnym, jak i sporządzonym przez nas), dały wyniki podobnie zachęcające, jak z wywoływaczem naturalnym. Na 31 prób z obniżoną ilością dwuchwytnika znaleźliśmy 5 surowic kiłowych dodatnich, które oddziaływały ujemnie przy zwykłej metodzie, na 24 prób z obniżoną ilością dopełniacza 2 takie surowice.

### Doświadczenia z krwinkami przemytemi i nieprzemytemi.

Przechodząc do trzeciego składnika układu krwiobójczego, do krwinek baranich, spotykamy się w piśmiennictwie stale z żądaniem, żeby używać tylko starannie przemytych krwinek. Tymczasem dowiedzieliśmy się od Dra Rajchmana, że Levaditi w zakładzie Pasteura w Paryżu używa krwinek nieprzemytych. Ponieważ przez wprowadzenie tego przepisu technika odczynu zostałaby nieco uproszczona (cel zawsze pożądany), wykonaliśmy cały szereg prób porównawczych z krwinkami przemytemi i nieprzemytemi. Na 104 takich prób 97 razy otrzymaliśmy wyniki mniej więcej zgodne, 7 razy surowice kiłowe dały zahamowanie wobec krwinek nie przemytych, zaś odczyn ujemny wobec przemytych. Także surowice, które dały wyniki zasadniczo zgodne, okazywały czasem silniejsze zahamowanie z krwinkami nieprzemytemi. Obok tej dodatniej strony odczyn z krwinkami nie przemytemi przedstawia jednak i pewne, choć nieznaczne, ujemne strony. Przedewszystkiem wobec małych ilości dopełniacza (0·01 zamiast 0·02) często otrzymuje się zachamowanie w kontrolach surowiczych, których brak przy krwi przemytej, nadto zaś często krwinki rozpuszczają się następowo drugiego dnia (my trzymamy próby w ciepłocie pokojowej!). Bądź cobądź zdaje się nam, że próby z krwią nieprzemytą zasługują i nadal na uwzględnienie i na liczniejsze doświadczenie. Większa sprawność tych prób polega, być może, na tem, że krwinki nie przemyte, pozostając w naturalnem swem środowisku mniej są wrażliwe na szkodliwe wpływy zewnętrzne (przeciw temu przemawiałoby tylko późniejsze ich rozpuszczanie się).

### Ogrzewanie wywoływaczów.

W przeciwstawieniu do licznych badań nad stosowaniem do odczynu Wassermanna różnych wywoływaczy (sztucznych i naturalnych, otrzymanych z narządów ludzkich i zwierzęcych; z narządów chorych i zdrowych), niema w piśmiennictwie wcale prac nad działaniem różnych czynników fizycznych i chemicznych na owe wywoływacze. Z góry możnaby przypuszczać, że będą one bardzo wrażliwe na działanie tych czynników, albowiem są to zawiesiny, a więc bardzo niestałe ciała, — a badania Sachsa i Rondoniego wykazały, że nawet sam sposób przyrządzenia z nich wodnej zawiesiny i zależny od tego stopień ich zmącenia, może mieć znaczny wpływ na ich działanie. W doświadczeniach naszych postępowaliśmy w ten sposób, że przygotowawszy wedle przepisów Sachsa i Rondoniego wodne zawiesiny z wyskokowego wyciągu wątroby kiłowej, ogrzewaliśmy je przez $^1/_2$ godziny do różnej ciepłoty i porównywaliśmy ich działanie na tesame surowice w równoległych szeregach z nieogrzanym wywoływaczem. Pokazało się, że wywoływacze, ogrzane do 58°—60°, do 90° i do 98° (do wrzenia), dawały wyniki prawie zupełnie identyczne z wywoływaczem nieogrzanym. Zaś wywoływacze, ogrzewane przez ten sam czas do 70° i do 80° C., okazywały zupełnie wyraźnie silniejsze zahamowanie w surowicach kiłowych, niż ogrzane. Mianowicie z 8 surowic w ten sposób zbadanych (wśród nich 7 kiłowych) dały 4 wyniki zupełnie identyczne; przy 2 kiłowych surowicach były zahamowania z wywolywaczami ogrzanymi wyraźniejsze, a wreszcie 2 surowice również kiłowe dały z wywoływaczem nieogrzanym wynik niepewny, a z ogrzewanymi wywoływaczami zupełne zahamowanie! Byłoby pożądanem rozszerzyć te badania na inne wyciągi wyskokowe, a również i na wywoływacze wodne.

Podobne doświadczenia wykonaliśmy także i ze sztucznym wywoływaczem A. Sachsa i Rondoniego. Zawiesiny, ogrzane do 70° i 80° C., dały na ogół zgodne wyniki z wywoływaczem nieogranym. Tylko raz udało się

z ogrzanym wywoływaczem otrzymać wyraźne zahamowania w surowicy kiłowej, która z wywoływaczem nieogrzanym dała wynik niepewny, Wywoływacze, ogrzane do 98° (do wrzenia), dały natomiast na 8 badanych surowic 3 razy wynik ujemny przy surowicach kiłowych, które z wywoływaczem nieogrzanym dały dodatni wynik.

Wpływ kwasów i alkaliów na wywoływacze.

Sachs i Altmann zwrócili pierwsi uwagę na wpływ oddziaływania chemicznego na wynik próby Wassermanna. Pokazało się przytem, że delikatne zakwaszenie surowic sprzyja wystąpieniu odczynu, a zalkalizowanie mu przeszkadza. Nawiązując do tych doświadczeń, zakwaszaliśmy i alkalizowali wywoływacz, spodziewając się otrzymać wyniki podobne do wyników Sachsa i Altmanna.

Do wodnej zawiesiny wyciągu wyskokowego z kiłowej wątroby dodawaliśmy różne ilości $^1/_{10}$ n. HCl. Zauważyliśmy przytem, że zawiesina stawała się w miarę dodawanego kwasu coraz mętniejszą. Pokazało się, że zawiesiny do których dodano tyle kwasu, że były one równe $^1/_{666}$, $^1/_{333}$ i $^1/_{150}$ n. HCl, dawały wyniki prawie zupełnie identyczne z zawiesiną niezakwaszoną. Zawiesina zaś, równa $^1/_{80}$ n. HCl, okazała się już nie do użycia, prawdopodobnie wskutek wpływu samego kwasu na przebieg hemolizy i z powodu żółtego zabarwienia prób.

Jeżeli natomiast do wodnych zawiesin wywoływacza dodawać $^1/_{10}$ n. Na OH, to występuje przeciwnie wyjaśnienie zawiesiny, postępujące w miarę z dodaną ilością zasady. W przeciwieństwie też do tego, czegoby się można spodziewać według doświadczeń Sachsa i Altmanna, okazało się, że zawiesina tak zalkalizowana, równa $^1/_{540}$ n. Na OH, dała w próbie Wassermanna nawet jeszcze lepsze wyniki, aniżeli zawiesina nie zalkalizowana (wśród 32 surowic 4 razy). Nie były to różnice zasadnicze, tylko stopniowe. Przy silniejszem zalkalizowaniu (do $^1/_{270}$ i do $^1/_{100}$ n. Na OH) zdawało się występować już pewne upośledzenie wywoływacza (1 wynik ujemny na 8 badanych surowic). Przy jeszcze dalszem dodawaniu zasady (do $^1/_{50}$ i $^1/_{25}$ n. Na OH) staje się wywoływacz zupełnie nie do użycia, prawdopodobnie z powodu wpływu zasady na przebieg rozpuszczania się krwi.

Podobne wyniki otrzymaliśmy także z wywoływaczem sztucznym A. Sachsa i Rondoniego.

Na podstawie tych doświadczeń nasunęła się myśl, czy nie możnaby wywoływaczy słabych lub osłabionych wzmocnić przez odpowiedni dodatek zasady (lub też ogrzanie do 70°)? Jedno doświadczenie, wykonane w tym kierunku z dwoma słabymi wywoływaczami, dało (przy zalkalizowaniu ich do $^1/_{540}$ n. Na OH) przy jednym z nich rzeczywiście nieco lepsze wyniki, niż przy nie zalkalizowanym.

Przekonawszy się w powyższych doświadczeniach o względnej stałości wywoływaczy, ciekawi byliśmy zbadać, czy wywoływacze zalkalizowane, względnie zakwaszone do tego stopnia, że stały się zupełnie nie do użycia, nie dałyby się przez następowe zobojętnienie doprowadzić do pierwotnego stanu. I rzeczywiście udało się w szeregu doświadczeń (16 surowic) tak z wywoływaczami zalkalizowanymi, jak i zakwaszonymi nadmiernie po następowem ich dokładnem zobojętnieniu otrzymać najzupełniej zadowalniające wyniki.

Także i tutaj okazał wywoływacz sztuczny A. Sachsa i Rondoniego wyniki podobne do naturalnego.

Udowodniona przed chwilą odwracalność w działaniu kwasów i zasad na »kiłowy« wywoływacz zgadza się z wynikami, otrzymanymi już dawniej co do jadów (toksyn), dopełniacza i wywoływacza zlepnikowego (agglutynogenu), jakoteż z wynikami, otrzymanymi niedawno co do wywoływacza cholerycznego (Morgenroth, Nogucki, Eisenberg, Doess, Levaditi i Mutermilch). Zgadza się ona też ze względnie znaczną wytrzymałością wywoływaczów na wpływy ciepłoty.

Trwałość wodnej zawiesiny wywoływaczów.

Dalszem niejako ogniwem w tym łańcuchu faktów jest stwierdzona przez nas zadziwiająca trwałość wodnych zawiesin wywoływaczów. Albowiem, gdy ogólnie przygotowuje się zawiesiny wodne świeżo każdego dnia, a nawet czuwa się troskliwie nad przechowaniem wywoływaczów w postaci wyskokowych wyciągów, — znaleźliśmy w 27 próbach, że wodne zawiesiny, przechowane w lodowni 2, 3, 21, 45 i 69 dni, okazały sprawność prawie identyczną z zawiesiną świeżo przygotowaną. Raz tylko dała surowica z przypadku z rozpoznaniem wątpliwem wynik ujemny ze zawiesiną świeżo sporządzoną, — a dodatni ze zawiesiną 3 tygodnie przechowaną. Przypadek ten jest do dziśdnia niepewny.

Podobnie przekonaliśmy się, że wywoływacz sztuczny A. Sachsa i Rondoniego daje się w wodnej zawiesinie przechować aż do 69 dni (a może i dłużej) w lodowni bez zmiany swych własności: 30 prób dało tutaj wyniki zgodne bez wyjątku z zawiesiną świeżo przyrządzoną. Tylko przytoczona wyżej surowica wątpliwa dała tutaj wynik różny, a mianowicie dodatni z zawiesiną świeżą, a ujemny z zawiesiną przechowaną 3 tygodnie.

O trwałości sztucznych wywoływaczów.

Dalej należy tutaj zdać sprawę z doświadczeń nad trwałością sztucznych wywoływaczów, zebranych od czasu ukończenia naszej pracy: »O sztucznym wywoływaczu«. Już wtedy spostrzegaliśmy oznaki tego, że czułość sztucznych wywoływaczy może uledz zmianie przy dłuższem przechowaniu, podobnie jak i naturalnych. Przyczyną tego jest zapewne chwiejność chemiczna ciał tłuszczowatych (lipoidów), stanowiących w obu rodzajach wywoływaczów prawdopodobnie najważniejszy składnik. Doświadczenia wykonano z przechowanymi podczas wakacyj w lodowni 3 sztucznymi wywoływaczami (tuż przed wakacyami przez jakiś czas codziennie otwieraliśmy flaszki przy wydobywaniu ilości potrzebnej tego dnia), a mianowicie: 1) oryginalnym przysłanym od Sachsa, 2) przez nas sporządzonym wedle przepisów Sachsa i Rondoniego, 3) przez nas sporządzanym wywoływączem bez kwasu oleinowego. Okazało się, że wywoływacze te straciły po wakacyach znacznie na czułości i dawały nieraz tylko częściowe zahamowania, albo nawet zupełne rozpuszczanie się krwi z takiemi surowicami kiłowemi, które z naturalnym wywoływaczem dały zupełne zahamowanie (na 62 badań mieliśmy 5 takich odczynów słabych, a 11 zupełnie ujemnych).

Wtedy spróbowaliśmy zwiększyć ich czułość przez sporządzenie zawiesin wodnych więcej zgęszczonych, — jak

się to robi nieraz ze skutkiem co do wywoływaczy naturalnych. Sporządziliśmy zawiesiny tych osłabionych sztucznych wywoływaczy w stosunku 1 + 3 rozczynu fizyologicznego Na Cl — zamiast przepisanego stosunku 1 + 4 Na Cl. Chociaż przeż to pierwotna ich czułość nie dała się uzyskać, to jednak widoczna była pewna poprawa tak w zupełnie ujemnych, jak i w osłabionych odczynach. Te zjawiska osłabienia sztucznych wywoływaczy przez przechowanie, jakoteż ich poprawy przez użycie bardziej zgęszczonych zawiesin, są dalszym przyczynkiem do analogii między wywoływaczami sztucznymi, a naturalnymi. (Co do sztucznego wywoływacza Schürmanna nie mamy własnych doświadczeń).

### O znaczeniu ogólnej objętości prób.

Wszystkie wyżej opisane doświadczenia wykonano w objętości płynu = 1 $cm^3$, oczywiście z zachowaniem stosunków względnych ilościowych próby klasycznej 5 $cm^3$. Zdaniem naszem rozumiało się samo przez się, że ta zmiana, nie może wpłynąć na ostateczny wynik prób, a to tem więcej, że niektórzy autorowie, jak Landsteiner i Müller, Detre i Brezowsky, Weidanz, posunęli się na tej drodze jeszcze dalej. Tymczasem niedawno podniósł Schlimpert, że próby czynione w małych objętościach płynu, mogą czasem dać ujemny wynik tam, gdzie w $2^1/_2$ $cm^3$, objętości wynik byłby dodatni. Zatem nie powinno się, według Schlimperta, czynić prób w objętościach mniejszych, niż $2^1/_2$ cm. To nas skłoniło do przedsięwzięcia doświadczeń i nad tą sprawą. Z 50 surowicami wykonaliśmy 2 serye prób o objętości 1 $cm^3$ i z $2^1/_2$ $cm^3$ wśród warunków zresztą zupełnie identycznych. Otrzymaliśmy 43 razy wyniki zupełnie, albo prawie zupełnie zgodne, 3 razy różnice ilościowe wyraźne na korzyść $2^1/_2$ $cm^3$, 3 razy takiesame różnice na korzyść 1 $cm^3$, a 1 raz dała surowica ujemna w objętości 1 $cm^3$ — zahamowanie częściowe w $2^1/_2$ $cm^3$. Ten wątpliwy wynik doświadczenia skłonił nas do przypuszczenia, że chodzi tu mniej o różnice w objętości płynu, niż raczej o jakieś wpływy oligodynamiczne, usuwające się z pod kontroli, a zależne od stanu probówek, pipet i t. p., które mogą wpływać na wynik tego tak bardzo czułego odczynu. Wychodząc z tej myśli, wykonaliśmy z 8 surowicami 4 serye prób w ten sposób, że jedne próby przygotowaliśmy w objętości 1 $cm^3$, a drugie w 5 $cm^3$ i te drugie rozdzieliliśmy (po zmieszaniu razem wszystkich odczynników) do osobnych rurek po $2^1/_2$, $1^1/_2$ i 1 $cm^3$. I tu nie otrzymaliśmy zupełnie zgodnych wyników, tak samo, jak w jeszcze jednem doświadczeniu, gdzie również z 8 surowicami przygotowaliśmy 3 serye prób, każda w objętości 1 $cm^3$. Chociaż więc wynieśliśmy z tych doświadczeń pewne nieuchwytne wrażenie, że zahamowania występują silniej w objętości $2^1/_2$ $cm^3$, niż w 1 $cm^3$, to jednak zdaje się nam, że w praktyce nieraz przeważą korzyści, połączone z małem zapotrzebowaniem odczynników i że niema przytem wcale niebezpieczeństwa, aby wypadły wyniki zasadniczo fałszywe.

W końcu niech nam wolno będzie i na tem miejscu podziękować WPanu Prymaryuszowi Dr Borzęckiemu za pozwolenie korzystania z materyału na jego oddziale.

### Wnioski.

1) Przez zmniejszenie ilości dwuchwytnika (ew. aż do 1—2 jednostek dwuchwytnikowych, oznaczonych po $^3/_4$ g.) można zwiększyć czułość próby Wassermanna.

2) Można to też uzyskać przez zmniejszenie zwykle używanej ilości dopełniacza, przyczem należy użyć 3 jednostek dwuchwytnikowych, oznaczonych po $^3/_4$ g. dla danej ilości dopełniacza.

3) Odczyn zdaje się być nieco czulszym przy użyciu krwinek baranich nie przemytych, przemywanie ich zdaje się zatem być zbędnem.

4) Ogrzewanie zawiesiny wywoływacza przez pół godziny do 70° wzgl. 80° C. zdaje się nieco wzmagać jej sprawność, a ogrzewanie do 90° wzgl. 98° C. pozostawia ją nietkniętą.

5) Nieznaczny dodatek kwasu do zawiesiny wywoływacza nie uszkadza jej sprawności, a bardzo mały dodatek zasady nawet ją wzmaga. Przez znaczniejsze dodatki kwasu lub zasady wywoływacz staje się nie do użycia, zobojętnienie ich jednak przywraca mu całkowicie pierwotną sprawność.

6) Wodną zawiesinę wywoływacza można bez szkody przechowywać w lodowni przez 10 tygodni (może i dłużej).

7) Zawiesina ta zdaje się tedy być znacznie trwalszą, niż można było z góry przypuszczać.

8) Wywoływacz sztuczny A. Sachsa i Rondoniego osłabł wyraźnie po dłuższem przechowaniu; przez większe zgęszczenie jego zawiesiny udało się częściowo poprawić jego sprawność.

9) Można bez obawy wykonywać próbę Wassermanna w objętości 1 $cm^3$. Drobnych różnic niepodobna uniknąć nawet przy równoczesnem powtórzeniu tejsamej próby w równej objętości.

**Piśmiennictwo.** Armand-Delille. C. R. Soc. de Biol. LXV. 417. — Ballner i Decastello. D. M. W. 1908. Nr 45. — Bauer J. D. M. W. 1909. Nr 10. — Bordet i Gengou. Ann. Past. XV. — Browning i M'kenzie. Z. f. Immf. II. B. 41 H. 459. — Detre i Brezowsky. W. kl. W. 1908. Nr 49. 50. — Doerr. Dysenterietoxin. Jena. 1907. — Eisenberg. Ph. C. f. Bakt. I. A. Or. XLI. — Eisenberg i Nitsch. Przegl. lek. 1909. — Jaworski i Łapiński. Przegl. lek. 1909. — Landsteiner i Müller. W. kl. W. 1908. Nr 7. — Levaditi i Mutermilch. C. R. Soc. Biol. LXIV. 844. — Maslakowetz i Libermann. Z. f. Immf. II. B. 5. H. 554. — Meier S. B. kl. W. 1907. Nr 51. Meyer Z. Tamże. 1909. Nr 18. — Meirowsky. Tamże. 1909. Nr 28. — Müller R. W. kl. W. 1909. Nr 40. — Noguchi. M. m. W. 1909. Nr 9. — Sachs i Altmann. Handb. d. pat. Mikr. II. Ergb. 3. H. »Komplementbindung«. — Sachs i Altmann. B. kl. W. 1908. Nr 14. — Sachs i Rondoni. Tamże 1908. Nr 44. — Sachs i Rondoni. Z. f. Immf. I. B. I. H. — Schlimpert. D. m. W. 1909. 1386. — Schürmann. Med. klin. 1909. Nr 17. — Stern M. B. kl. W. 1908. Nr 32. — Taege. M. m. W. 1908. Nr 33. — Weidanz. C. f. Bakt. 1908. I. Abt. Ref. XLII. Beiheft.

## Piśmiennictwo bieżące.

### Medycyna teoretyczna.

Julian Nowak. **Ochronne przeciwgruźlicze szczepienia bydła metodą Behringa, ich podstawa teoretyczna i wartość praktyczna.** (*Zeitschr. f. Infektionskrankh. paras. Krank. u. Hyg. der Hausthiere* 1909, T. 6., Z. 5.). Badania i doświadczenia autora, dotyczące sprawy, ważnej z ogólnego stanowiska

patologicznego, i metody, rozgłośnej ze względów ekonomicznych i ze względu na ewentualną doniosłość także u ludzi, obejmowały materyał, imponujący obfitością nietylko jak na nasze stosunki, ale nawet w porównaniu z zagranicznemi pracami na tem polu. Doświadczenia przeprowadzono u 332 zwierząt w różnych warunkach w przeciągu lat kilku z wielkim nakładem pracy i środków, które autor zdołał uzyskać od ministerstwa rolnictwa, Wydziału krajowego galicyjskiego i Towarzystwa rolniczego krakowskiego. Wyniki swych badań streszcza autor w sposób następujący; 1) Teoretyczno-naukowa podstawa metody Behringa jest słuszna; zapomocą tej metody można wywołać u młodych zwierząt na pewien czas napewno zwiększoną odporność przeciw sztucznemu zakażeniu jadowitymi prątkami gruźlicy bydlęcej. 2) Metoda ta jest dla zwierząt szczepionych na ogół nieszkodliwa, mianowicie w tym kierunku, że możliwość zakażenia przytem zwierząt gruźlicą, zdaje się być wyłączona. W pewnych wszelako okolicznościach może metoda ta zagrażać pewnem niebezpieczeństwem, zwłaszcza przy próbach zastosowania u ludzi. 3) Jednakże w obecnej postaci niema metoda Behringa żadnego znaczenia praktycznego, ponieważ zapomocą niej nie udaje się uchronić cieląt przeciw naturalnemu zakażeniu gruźlicą bydlęcą. *Z.*

Ikonnikoff. **Przechodzenie drobnoustrojów przez ścianę jelit w doświadczalnem zadzierżgnięciu.** (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* 1909). Na podstawie swych doświadczeń, wykonanych w pracowni Miecznikowa, dochodzi autor do wniosków następujących: 1) Przechodzenie mikrobów przez ścianę zadzierżgniętego jelita wiąże się ściśle z objawami martwicy i złuszczania się nabłonka, niekiedy jednak tak nieznacznemi, że wykrywa je tylko mikroskop. 2) Chwila pojawienia się mikrobów w ścianie jelita zależy od stopnia zadzierzgnięcia i od wywołanych przez zadzierżgnięcie zaburzeń odżywiania i zmian martwiczych. 3) Brak mikrobów w preparatach i hodowlach z wysięku otrzewnego nie zawsze jest dowodem, że mikroby nie przeszły przez ścianę jelit. 4) Beztlenowce, trawiące substancye białkowate (jak *bac. perfringens* i *paraputrificus*), przechodzą łatwiej przez ścianę zadzierzgniętego jelita, niż prątek okrężnicy i ziarenkowce, które przechodzą dopiero wtedy, gdy martwica ściany jelita jest już bardzo znaczna. 5) Jeżeli nabłonek jest niezmieniony, mikroby dostają się w głąb błony śluzowej, przenoszone przez leukocyty. *Z.*

Gruber. **O dziedziczności, doborze i higienie.** (*Międzynar. Zjazd w Peszcie* 1909). Zwolennicy teoryi Darwina występują przeciwko postępom higieny, twierdząc, że starając się o zachowanie słabych jednostek ludzkich, wiedzie ona do coraz to większego zwyrodnienia rodu ludzkiego. Jeżeli się zastanowimy, czy rasa ludzka ulega zwyrodnieniu, to pod wielu względami przyznać należy, że tak jest rzeczywiście. Porównanie z ludami dzikimi wykazuje, że jesteśmy o wiele od nich słabsi tak co do ostrości zmysłów, siły i wytrzymałości wogóle, a mięśniowej w szczególności, jak i co do odporności przeciw różnicom klimatu. Nie ulega wątpliwości, że próchnienie zębów, wady refrakcyi, zwłaszcza krótkowzroczność, zwiększają się obecnie stale. Podobnie zwiększa się stale z roku na rok liczba umysłowo chorych. Natomiast śmiertelność ulega ciągle zmniejszeniu. Obwinianie jednak higieny o popieranie zwyrodnienia rodu ludzkiego przez zachowywanie słabych jednostek jest niesłuszne. Przedewszystkiem higiena walczy przeciwko chorobom zakaźnym, a te dotykają równo silnych, jak słabych; one to zaś osłabiają ród ludzki. Higiena walczy ze zwyrodnieniem rodu ludzkiego, zajmując się poprawą odżywiania, mieszkań, i zwalczając alkoholizm, szkodliwe wpływy zawodowe i t. p. Porównywać walkę o byt i dobór zwierząt natury, z ludźmi podług teoryi Darwina nie można, są to bowiem rzeczy zupełnie różne. — Jednym wreszcie z objawów zwyrodnienia rasy ludzkiej, zwłaszcza białej, jest coraz to mniejsza płodność. Fakt ten jest bardzo poważny, bo grozi on z czasem wyparciem rasy białej przez żółtą, która rozporządza silną energią rozrodczą. *A.*

Prof. Jacques Loeb. **Sztuczne dzieworództwo i przyczyny zapłodnienia.** (*Międzyn. Zjazd w Peszcie,* 1909). Dla czego jajo ulega zapłodnieniu, a raczej co za zmiany wywołuje plemnik, zapładniając jajo, nie wiemy i określamy to nazwą nic niettómaczącą, »podrażnienie«. Nie tłomaczą sprawy teorye połączenia jąder, centrosomów i t. p. Sprawę tę jedynie rozjaśnić może badanie doświadczalne, t. j. dążenie do wywoływania sztucznego zapłodnienia. Już przed 14 laty wypowiedział Loeb zdanie, że zapłodnienie nie jest niczem innem, jak tylko sprawą chemiczną, polegającą na oksydacyi. Meadowi udało się wywołać sztucznie dzielenie się jaja u »chaetopterus«, gdy umieścił je w wodzie morskiej z dodatkiem potasu. Widać z tego, że plemnik dostarcza jaju pewnych chemicznych substancyi. Przez różne procedury udało się L. otrzymać z niezapłodnionych jaj »chaetopterus« pływające larwy. Wiadomo, że jaja wielu zwierząt morskich prawie zaraz po wniknięciu plemnika otaczają się błoną. Taką samą błonę udało się L. wywołać przez zadziałanie kwasów tłuszczowych przez 20—25 minut. Tworzenie się tej błony pobudzało zarazem jajo do dalszego rozwoju. W dalszych swych badaniach przekonał się L., że tworzenie się tej błonki polega na cytolizie. Wywołują ją bowiem także glukozydy, saponiny, digitalina, solanina, posiadające wybitne własności cytolityczne. Podobnie działa też krew obca. Wynikałoby z tego, że i plemnik działa na jajo z jednej strony cytolitycznie, wywołując błonkę zapomocą pewnej lizyny, a z drugiej oddaje jaju pewne substancye, hamujące zanadto silne cytolityczne działanie. Sprawa ta tłómaczy nam po części rozwój nowotworów. Komórki nowotworowe pobudzane zostają do wzrostu przez podobne lizyny ustroju chorego, lub też może drobnoustrojów nowotworu. Zaczynamy też rozumieć, dlaczego pewne soki ciała, n. p. wydzielina gruczołu tarczowego, może pobudzić nawet już dojrzałe części ustroju do wzrostu. Według L. płeć w jaju już jest z góry oznaczona, czyli istnieją dwa rodzaje jajek, męzkie i żeńskie, plemnik zaś ma tu działanie tylko bierne. *A.*

## Chirurgia.

Kielleuthner. **O rzadkich ciałach obcych w pęcherzu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 31). K. opisuje 2 dość rzadkie ciała obce w pęcherzu. W pierwszym przypadku chory, cierpiący od dłuższego czasu na zwężenie cewki i zapalenie sterczu, celem usunięcia potrzeby częstego oddawania moczu w nocy wpadł na pomysł wprowadzenia sobie do pęcherza węża gumowego. Wąż ten długi był na 1 metr; drugi koniec jego wprowadził chory do nocnika pod łóżkiem. Przez kilka nocy urządzenie to działało dobrze, aż pewnego ranka chory ze zdumieniem po obudzeniu się spostrzegł, że cały metr węża zniknął w pęcherzu. Chory udał się do K., który zapomocą cystoskopu, a następnie litotryptora wyjął węża, przyczem kawałek w cewce się urwał, albowiem przy wyciąganiu zrobił się z pętli węża w pęcherzu węzeł. Kawałek ten usunął K. we wzierniku cewkowym haczykiem. Przypadek ten jest bardzo ciekawy, bo zwraca tu uwagę samoistne wejście tak długiego węża do pęcherza. Tłómaczyć to sobie należy w ten sposób: podrażniony członek ulegał często naprężeniu, przyczem wąż przy pomocy zwieracza wsuwał się głębiej do środka. Tworzenie się węzłów z miękkich cewników w pęcherzu spostrzegano już nieraz, opisał je n. p. Jaboulay. Długi koniec gumy tworzy w pęcherzu kilka pętli, a przy wyciąganiu cewnika wytwarza się dopiero węzeł. — W drugim przypadku, spostrzeganym w praktyce przez Dra Kreckego, pewien 56-letni złotnik z powodu zatrzymania moczu wprowadzał sobie do pęcherza długi kawałek złotego druta, aż wreszcie raz wsunął się drut do pęcherza. Dopiero po 26 latach (!) z powodu cierpień zgłosił się chory do lekarza, który cystoskopem stwierdził obecność druta pogiętego w kłębek, a na końcu jego kamień wielkości gołębiego jaja i obok tego dwa mniejsze wolne kamienie (które zdaje się wytworzyły się przedtem na końcu druta i odpadły). Usunięcie kamienia i druta z cięcia nadłonowego. Drut zupełnie nie był zepsuty, ani inkrustowany, a złogi tworzyły się tylko na jednym końcu druta, gdzie powierzchnia była chropowata. *K.*

Karo. **Środki swoiste w rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy narządu moczowo-płciowego.** (*Münch med. Wochs.* 1909, Nr 37). Odczyn oczny nie może przy gruźlicy narządów moczowo-płciowych oddać wielkich rozpoznawczych usług, albowiem dodatni wynik dowodzi tylko, że gruźlica wogóle w ustroju istnieje. W razie podejrzanego cierpienia nerek, a braku innych wyraźnych ognisk gruźliczych w ustroju, może odczyn oczny nawet naprowadzić nas na mylne rozpoznanie, jak o tem K. przekonał się w jednym przypadku, gdzie dopiero operacya wykazała, że nie chodzi tu o gruźlicę, lecz o kamienie. Natomiast nieraz wypada odczyn oczny ujemnie mimo operacyjnie stwierdzonej gruźlicy nerek. O wiele cenniejsze już usługi w rozpoznaniu oddają podskórne wstrzykiwania tuberkuliny, a to dlatego, że bardzo często wywołują wyraźny odczyn miejscowy. Tak n. p. w jednym przypadku u młodej dziewczyny, cierpiącej na przypadłości moczowe i bole w prawym boku, wykazano cystoskopem obrzmienie ujścia prawego moczowodu. Obie nerki działały równie dobrze, tylko w moczu prawej nerki wykazano prątki. Po wstrzyknięciu tuberkuliny wystąpił wybitny odczyn, t. j. ropomocz i prątki także w nerce lewej.

Co do leczenia gruźlicy nerek, to wielu jest zdania, że

wykazanie prątków w moczu z nerki jest zarazem wskazaniem do operacyi, a nawet do wyjęcia nerki w razie jednostronnego cierpienia. Nawet autor na międzynarodowym Zjeździe w Washingtonie wypowiedział zeszłego roku to zdanie, obecnie jednak nieco je zmienił, gdyż w ostatnich czasach miał sposobność przekonać się w 3 przypadkach, że przez leczenie tuberkuliną osiągnąć można nieraz dobre wyniki. Operacyę uważa K. za wskazaną w razie bezwzględnej potrzeby, t. j. ciągłych gorączek, nieznośnych bolów, braku poprawy przy leczeniu i t. p. Leczenie tuberkuliną powinno się przeprowadzać i po operacyi celem prędszego gojenia rany i leczenia pęcherza. Nadaje się też ono do zachowawczego leczenia jąder. K. używa jedynie starej tuberkuliny Kocha, począwszy od 0,0025 stopniowo do 10 mgr. *K.*

Herhold. **Zacieranie się obrazu ropni podprzeponowych przez następcze surowicze wysięki w jamie brzusznej i opłucnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 44). Wczesne rozpoznanie ropni podprzeponowych jest często bardzo trudne. Chorzy skarżą się na bole w krzyżach i pod żebrami, suchy kaszel, a przebieg gorączki wskazuje na ropienie. I tak już trudne rozpoznanie zacierają nieraz jeszcze następcze surowicze wysięki w jamie brzusznej i opłucnej, które Francuzi nazywają: »pleuresie par lesions voisinage«. H. opisuje przypadek, w którym wysięki łudząco naśladowały inne cierpienie; nakłucia i nacięcie jamy brzusznej, a potem opłucnej, wykazały tylko płyn surowiczy; dopiero w końcu udało się wykazać właściwą przyczynę choroby, t. j. ropień podprzeponowy. *A.*

Alfred Rothschild (Berlin). 1) **Zapalna histo- i patogeneza przerostu gruczołu krokowego; odpowiedź na zarzuty przeciw zapalnemu pochodzeniu tej sprawy.** (Wykład na II. Zjeździe niem. Tow. urolog. w Berlinie 20. IV. 1909. *Folia urologica* T. IV. 1909). 2) **Etyologia przerostu gruczołu krokowego.** (Wykład w Berl. Tow. lek. 19. V. 1909. *Berl. klin. Wochenschr.* 1909, Nr 27). Opierając się na pracach Ciechanowskiego i swoich dawniejszych i ostatnich badaniach, zestawia autor w obu swych publikacyach główne dane, dotyczące zapalnego pochodzenia przerostu gruczołu krokowego, objaśniając rzecz szeregiem (19) mikrofotografii z preparatów własnych i z przesłanych mu preparatów Ciechanowskiego; zarazem odpiera zarzuty, podnoszone przeciw teoryi zapalnego pochodzenia przerostu sterczu, dochodząc do wniosków następujących:

I. W t. zw. przerosłych gruczołach krokowych (przy braku następowych zakażeń dróg moczowych) stwierdza się drobnowidowo zmiany zapalne: w gruczołach sprawę nieżytową, złuszczanie się obfite nabłonków, rzadziej ropę w świetle gruczołów; w podścielisku okołogruczołowe nacieki drobnokomórkowe lub ogniska bliznowate, lub jedne i drugie. Równocześnie stwierdza się rozszerzenie światła gruczołów, dochodzące niekiedy do torbielkowatego rozdęcia. Wzajemny stosunek tych zmian, zbadany dokładnie przez Ciechanowskiego i autora, oraz Greenego, Crandona i innych na dostatecznie cienkich skrawkach we wczesnych okresach sprawy, dowodzi niewątpliwie, że t. zw. przerost sterczu jest najczęściej skutkiem rozdęcia przestrzeni gruczołowych, które znów jest następstwem zastoju treści, wzmożonego przez sprawę nieżytową, a wywołanego zwężeniem lub zaciśnięciem przewodów gruczołowych, zwłaszcza przewodów głównych, przez ogniska zapalne okołoprzewodowe. Ilość tkanki gruczołowej w sterczu ulega już w warunkach prawidłowych znacznym indywidualnym wahaniom; im więcej zaś tkanki gruczołowej już normalnie w sterczu się znajdowało, tem wybitniejsze skutki wywrze rozszerzenie gruczołów na zmianę postaci i wielkości całego sterczu. Prawdziwie nowotworowego rozrostu, czy to tkanki gruczołowej, czy też podścieliska, w ogromnej większości przypadków t. zw. przerostu sterczu nie ma — co najwyżej możnaby tylko niekiedy przypuścić przerost zastępczy pewnych części sterczu przy ustaniu prawidłowej czynności innych części pod wpływem owych zmian pochodzenia zapalnego.

II. Zarzuty przeciwników tego poglądu nie są zdolne go osłabić, tak, jak nie mogą obalić faktów, będących podstawą tego poglądu. Zarzuty te bowiem są albo 1) zarzutami, wychodzącymi z czysto klinicznego punktu widzenia, niepopartymi żadnemi własnemi badaniami mikroskopowemi autorów (Brunner, Rovsing, Goldberg), a będącymi tylko echem różnych, nieraz dawno zarzuconych pojęć o t. zw. przeroście i o przewlekłych zapaleniach sterczu; albo 2) są to czysto teoretyczne dedukcye i rozumowania na temat, jakie skutki wywołują zapalenia w narządach gruczołowych wogóle (Rovsing, Casper), rozumowania, w zasadzie trafne, ale nie uwzględniające odrębności budowy anatomicznej sterczu, ani też kardynalnej cechy stwierdzanych jako tło t. zw. przerostu jego spraw zapalnych, t. j. szczególnej siedziby ognisk w podścielisku i ich mechanicznego działania; albo 3) są to zarzuty przeciw doborowi materyału do badań (Frisch, Goldberg), wprost niezgodne z faktami i upadające same przez się; albo 4) chodzi wprawdzie o własne badania mikroskopowe (Albarran, Motz, Raskai), ale dokonane na materyale niewłaściwym (bardzo późne okresy sprawy, zamącone następowemi powikłaniami zapalnemi), lub też nie wolne od błędów technicznych (preparaty zbyt grube, badanie małych kawałeczków), lub wreszcie fałszywie tłomaczone (branie niezmienionych odcinków, które, rzecz prosta, zdarzają się często w »przerosłych« sterczach, za odcinki przerosłe i t. p.); albo wreszcie 5) zdarza się, że w ocenianiu obrazów drobnowidowych nie uwzględniono indywidualnych odmian w budowie sterczu (Raskai), na które wskazał Rothschild.

III. Stany kliniczne i makroskopowe obrazy anatomiczne, obejmowane wspólną nazwą przerostu sterczu, polegają: 1) najczęściej na »przewlekle zapalnem powiększeniu zastojowem« (chronisch - entzündliche Retentionsvergrösserung), 2) bardzo rzadko na rzeczywistem nowotworzeniu (jeszcze stosunkowo częściej raki, rzadko mięśniaki lub gruczolaki), 3) na niemniej rzadkim współczesnym rozwoju obu tych spraw.

IV. Tylko zapalnem pochodzeniem znacznej większości przypadków przerostu sterczu można dostatecznie i konsekwentnie wyjaśnić wszystkie z tą sprawą związane zagadnienia; żaden inny pogląd nie tłómaczy ich w sposób równie prosty i nie wystarcza do rozwiązania wszystkich wątpliwości; także historya nowszych usiłowań leczniczych przerostu sterczu zgadza się najzupełniej z teoryą zapalnego pochodzenia tej sprawy, tłómaczącą również jej nawroty nawet po prostatektomii. Zarówno bowiem sposób Biera (podwiązywanie naczyń celem wywoływania zaniku powiększonego sterczu), jak operacye »płciowe« (trzebienie, wycinanie powrózka nasiennego), organoterapia i rentgenoterapia najzupełniej zawiodły, co da się wytłómaczyć tylko przez przyjęcie, że podstawą t. zw. przerostu sterczu jest mechaniczne działanie treści, zatrzymującej się w gruczołach. Jedynym też racyonalnym sposobem leczenia jest wycięcie sterczu. Jako postępowanie zapobiegawcze zalecaćby należało systematyczne parotygodniowe miesienie sterczu, stosowane przez szereg lat nawet po ustąpieniu klinicznych objawów przewlekłego zapalenia sterczu, jak je obecnie autor w swej urologicznej praktyce przeprowadza. (*Streszczenie własne*).

Sommerfeld. **Niezwykła obecność prątka ropy błękitnej w pęcherzu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 44). Do polikliniki Baginsky'ego zgłosiła się matka z 5-letnią dziewczynką, podając, że dziecko wprawdzie jest zupełnie zdrowe, ale w ostatnich czasach oddaje mocz zielony. Badanie kliniczne wykazało: stan nerek i pęcherza zupełnie prawidłowy, mocz istotnie zielonawy, a z niego daje się chloroformem wyciągnąć błękitny barwik. Hodowle agarowe wykazały w moczu prątka ropy błękitnej, bardzo jadowitego dla białych myszy. U chorej prątek ten jednak znajdował się zupełnie przygodnie, pasorzytniczo. *A.*

## Położnictwo i ginekologia.

Martin. **Pęcherz moczowy podczas porodu.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. II.). Dotychczas skąpe tylko mamy wiadomości co do położenia pęcherza moczowego w czasie porodu, mimo że dokładne jego oznaczenie tak ważne może oddać usługi przy cięciach łonowych, przy- i nadłonowych. Omówiwszy topografię pęcherza prawidłowego próżnego u kobiety nieciężarnej, przechodzi autor do swych badań, przy których uwzględniał tylko te przypadki, gdzie nie zachodził żaden widoczny niestosunek między miednicą, a główką płodu. Badania te wykazały, że w czasie porodu w miarę obniżenia się główki płodu, pęcherz moczowy rodzącej zostaje przesunięty z linii środkowej zwykle na stronę prawą (na 22 przypadków 21 razy); przesunięcie to zupełnie nie zależy od położenia płodu, a pozostaje raczej w związku ze skręceniem macicy około jej osi podłużnej przednią jej powierzchnią od strony lewej ku prawej. Stopień przesunięcia nie jest dla każdego okresu porodowego ten sam i zależy od wielkości przodującej części płodu, ilości wód płodowych i grubości tkanki, otaczającej pęcherz moczowy. Szczególnie ważne byłoby oznaczenie położenia pęcherza w czasie porodu przy miednicach ścieśnionych. Odpowiedź na to pytanie dają do pewnego stopnia spostrzeżenia przy cięciach szyjkowych pozaotrzewnych, przy których pęcherz znajdowano ró-

wnież przeważnie po stronie prawej. Za tem przemawiają także przetoki pęcherzowo-pochwowe, pozostające właśnie zwykle po porodach przy miednicach ścieśnionych, a prawie zawsze spotykane po stronie lewej. Skoro bowiem ucisk główki na chrząstkę spojenia łonowego trafił na lewą ścianę pęcherza, to cała jego reszta musiała chyba leżeć po stronie prawej. Spostrzeżenia te pozwalają na wniosek praktyczny, aby przepiłowania miednicy dokonywać zawsze po stronie lewej. *E. Ehrenpreis.*

W. Wegelius. **Badania bakteryologiczne wydzielin z narządów rodnych kobiet podczas porodu i połogu, ze szczególnem uwzględnieniem pytania o połogowem samozakażeniu.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. II.). Omówiwszy w krótkości piśmiennictwo tego przedmiotu, przedstawia autor plan swych własnych, bardzo żmudnych badań, użyty materyał, jakoteż technikę postępowania bakteryologicznego; następnie opisuje szczegółowo rodzaje mikrobów, znalezionych w narządzie rodnym, ich zachowanie się na różnych pożywkach, w różnych odczynach i ciepłotach, jakoteż ich chorobotwórczość. Razem znalazł 35 różnych rodzajów bakteryi. Przechodząc do części kazuistycznej, podaje W. dokładne historye porodu i połogu 10 przypadków i wyniki badań drobnowidowych z wydzielin, otrzymanych w każdym przypadku przed porodem z części rodnych zewnętrznych, przedsionka i pochwy, jakoteż w 4. i 9. dniu połogu z odchodów pochwowych i macicznych. Badania te wykazały, że przed i podczas porodu zachodzi w przeważającej liczbie przypadków bardzo znaczna różnica między florą bakteryjną w wydzielinie przedsionka i pochwy; flora przedsionkowa jest o wiele bogatsza przed porodem i zawiera różne bakterye, których w wydzielinie pochwy znaleść nie można. Po porodzie stosunki się zmieniają, prawdopodobnie przez zobojętnienie oddziaływania kwaśnego wydzieliny pochwowej pod wpływem odchodów połogowych; miejsce dotychczasowej skąpej flory pochwowej, zajmuje flora bardzo bujna, składająca się przeważnie z bakteryi, znajdowanych w czasie porodu w przedsionku. W 4. dniu połogu natrafia się w macicy skąpe tylko bakterye, i znowu tylko te rodzaje, które w czasie porodu znajdowały się w przedsionku. W 9. dniu połogu znajduje się zwykle w macicy ilościowo więcej bakteryi, aniżeli w 4. dniu. Spostrzeżenia te wcale niedwuznacznie odpowiadają na pytanie co do samozakażenia połogowego; bakterye, znajdowane w czasie porodu w przedsionku, w połogu przechodzą aż do macicy, wywołując wcale charakterystyczne objawy kliniczne, jak podniesienie ciepłoty ciała, bolesność macicy przy ucisku, cuchnące odchody i t. p., przyczem autor zwraca uwagę, że we wszystkich badanych przypadkach poród odbył się samorodnie i unikano wszelkiego dotknięcia się części rodnych przy porodzie (badanie, cewnikowanie i i.). Z drugiej strony dowiódł jeden przypadek, że czasem drobnoustroje wybitnie żywotne (*b. phlegmones emphysemat.*), które wśród pewnych warunków potrafią wywołać bardzo poważne zaburzenia połogu, a nawet zejście śmiertelne, mogą przejść do macicy połogowej, nie wywołując żadnych objawów klinicznych. Co się tyczy możliwości samozakażenia paciorkowcami, które głównie wywołują ciężkie zakażenia połogowe, nie znalazł ich autor w żadnym ze swoich przypadków, powołuje się jednak na badania Natwiga z tej samej kliniki, z których wynika, że paciorkowce mogą same przejść z przedsionka do macicy i wywołać zakażenie. Badania powyższe pozwalają wysnuć jeszcze ten wniosek praktyczny, aby przed i podczas porodu zwrócić szczególną uwagę na czystość części rodnych zewnętrznych, a pod tym względem należy częstym zmywaniom płynami odkażającymi (słaby rozczyn lizolu) dać pierwszeństwo przed jednorazowem oczyszczeniem, które ze względu na wrażliwość i możliwość uszkodzenia nie da się energicznie przeprowadzić. *E. Ehrenpreis.*

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie lwowskie.

**XXXV. posiedzenie naukowe z d. 10 grudnia 1909.**

I. Kol. Prof. Rydygier zwraca się do komisyi przemysłowo-lekarskiej z prośbą o wybór delegata na posiedzenie Tow. akcyi bojkotowej towarów pruskich.

II. Kol. Mazurkiewicz uprasza o zawiązanie komitetu pomocniczego przy komitecie głównym mającej się odbyć we Lwowie wystawy etnograficznej.

III. Kol. Wallach przedstawia chorego 24-letniego, u którego przed 2 laty wystąpiły objawy, głównie na palcach rąk i stóp, wskazujące na **chorobę Raynauda.**

W dyskusyi podnosi kol. Stauber podobieństwo zmian palców u tegu chorego do zmian występujących przy odmrożeniu. Kol. Prof. Biernacki zwraca uwagę na częste znajdowanie zwężenia lewego ujścia żylnego przy chorobie Raynauda i zapytuje się, czy w danym przypadku niema wady serca. Kol. Prof. Halban omawia zmiany, występujące przy innych chorobach, podobne do spotykanych przy chorobie Raynauda.

IV. Kol. Ślęk (Przemyśl) omawia: *a)* przypadek **kamicy żółciowej**, przebiegającej wśród objawów niedrożności jelit (z powodu zrostów), a w którym wykonał **cholecystostomię** z bardzo dobrym wynikiem; *b)* przypadek **kamicy żółciowej** z rozległymi zrostami pęcherzyka z wyrostkiem robaczkowym, znajdującym się w stanie silnego przekrwienia; prelegent wykonał wycięcie pęcherzyka i wyrostka rob.; chora ma się dobrze; *c)* przedstawia preparaty makro- i mikroskopowe **brodawczaka języczka**; *d)* przedstawia wycięty **wyrostek robaczkowy** z bardzo znaczną puchliną; *e)* wyrostek robaczkowy obnażony z otrzewnej, który wraz z otaczającym go ropniem leżał bezpośrednio na tętnicy biodrowej; *f)* wyrostek rob. z przedziurawieniem, wycięty w drugim dniu choroby.

Dyskusya: Kol. Prof. Rydygier podnosi ładne wyniki operacyjne kol. Slęka i przyznaje pierwszeństwo wycięciu pęcherzyka żółciowego przed cholecystostomią. Co do zapalenia wyrostka rob., omawia jeden z ostatnich operowanych przez siebie przypadków, podnosząc korzyści natychmiastowego zabiegu. Kol. Prof. Ziembicki zapytuje o technikę operacyi i omawia przypadek ogromnego powiększenia pęcherzyka na tle zatkania przewodu kamieniem. Kol. Prof. Rencki podnosi wartość rozpoznawczą nagłego obniżenia tętna dla określenia chwili przebicia wyrostka, na co zwraca uwagę Prof. Gluziński. Kol. Prof. Gluziński mówi o swych dawniejszych doświadczeniach nad wpływem gazów w jamie otrzewnej na zachowanie się tętna i dodaje kilka uwag co do wczesnego wskazania do operacyi zapaleń wyrostka robaczkowego. Kol. Nowicki podnosi rzadkość brodawczaków języczka; w danym przypadku nowotwór jest łagodny. Co do przypadku puchliny wyrostka robaczkowego, to zmianę tę spotyka się równie rzadko na sekcyi, jak i w czasie operacyi; dalej omawia N. wpływ urazu na pękanie wyrostka, dotkniętego puchliną, przyczem przedstawia przez siebie spostrzegany przypadek urazowego pęknięcia tak zmienionego wyrostka. *Nowicki.*

### Towarzystwo lekarskie łódzkie.

**Posiedzenie z d. 27. października 1909 r.**

Przewodniczący kol. Ks. Jasiński. Sekretarz E. Sonnenberg.

I. Kol. Kaufman mówił **o wielokrotnem pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu.** W podręcznikach z XVIII. i pierwszej połowy XIX. wieku, w dziełach Boëra, Ossiandera, Baudelocque'a i innych znajdujemy stale opisy pęknięć sklepienia. Zeszły one jednakże na plan drugi z chwilą pojawienia się dzieła Bandla o pęknięciu macicy (1875). Pod tę rubrykę poczęto również podciągać pęknięcia sklepienia. Dopiero wskutek prac Hugenbergera, Szczotkina, H. W. Freunda, prelegenta i innych zwrócono znowu należytą uwagę na pęknięcia sklepienia (*kolpaporrhexis*). Obecnie powikłanie to ma swoją odrębną, wyraźnie zarysowaną postać anatomiczną i kliniczną. K. podaje w krótkości etyologię, mechanizm, objawy i leczenie tego cierpienia. Chodzi tutaj nietylko o sprawę czysto teoretyczną, o spór pomiędzy zwolennikami poglądów Bandla, Veita, czy Freunda, lecz i o skutki praktyczne, ponieważ rokowanie i leczenie przy pęknięciu sklepienia jest inne, niż przy rozdarciu macicy. W obrazie pęknięcia sklepień niektóre szczegóły wymagają jeszcze dokładniejszych badań lub uzupełnienia. Do nich należy sprawa następnych porodów u osób, które przebyły pęknięcie sklepienia. Na zasadzie danych statystycznych, zebranych przez Szczotkina i K., urobił się pogląd, iż porody następne nie przedstawiają niebezpieczeństwa dla rodzącej. Piśmiennictwo lat ostatnich obok mnóstwa opisów pęknięcia macicy po cięciu cesarskiem lub po rozdarciu przy poprzednich porodach, dostarczyło również kilka spostrzeżeń powtarzania się pęknięcia sklepień u tej samej osoby. K. przytacza 3 takie spostrzeżenia: 1) Kolomcukina (dwukrotne pęknięcie sklepienia), 2) Baumbacha (3-krotne pęknięcie), 3) J. Sachsa (również 3-krotne pęknięcie).

Na zasadzie tych danych K. sądzi, iż u osób, które przebyły pęknięcia sklepienia, przy następnej ciąży należy wywołać przedwczesny poród, lub dokonać cięcia cesarskiego na początku porodu.

II. Kol. Pański: **O nerwicach urazowych w świetle poglądów nowoczesnych i warunków miejscowych.** Dążenie do ujęcia objawów, spostrzeganych u chorych po urazach, w oddzielny obraz kliniczny, któremu dano nazwę nerwicy urazowej, natrafiło na gorącą opozycyę. Nerwicę urazową ze względu na jej powstanie, przebieg i środki zaradcze uważać należy za odrębny od innych nerwic typ chorób czynnościowych. Zmiany psychiczne, wywołane wstrząsem nerwowym, nadają »pourazowym« chorym pewne cechy wspólne, im tylko właściwe. Wskutek niedostatecznej znajomości nerwicy urazowej istotnie cho rych podejrzywano o udawanie. Idee pożądliwości u pourazowych chorych widujemy u nas o wiele rzadziej, niż idee podejrzliwości u znawców. Prawo odszkodowania nie przyczynia się do szerzenia się nerwicy urazowej. Sprawiedliwe i racyonalne rozwiązanie sprawy odszkodowania ułatwia pourazowym chorym powrót do zdrowia, którego jednakże w zupełności nie odzyskują. Badanie poszkodowanych zarówno na zlecenie strony, odpowiedzialnej za wypadek, jakoteż na zlecenie sądu, uskuteczniać powinien lekarz, gruntownie obeznany z istotą nerwicy urazowej i nie będący w żadnej zależności od pracodawcy. Odszkodowanie powinno być wypłacone jednorazowo i szybko po wypadku. Szybkie i dla obydwu stron sprawiedliwe porozumienie się w sprawie odszkodowania osiągnąć można tylko drogą polubowną. Załatwienie sprawy odszkodowania przez prywatne Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków może być tolerowane pod tym tylko warunkiem, iż przy określaniu stopnia poszkodowania jednym z biegłych będzie lekarz, wybrany przez poszkodowanego.

III. Kol. Perlis przedstawił: 1) **Wyrostek robaczkowy** usunięty u 28-letniego mężczyzny 3. dnia choroby (58 godzin). W przeciągu ostatniego roku obecny napad ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego był czwartym z rzędu i najsilniejszym. Stan ogólny ciężki, ciągłe wymioty, częste rozwolnienia. W jamie brzusznej około dwu szklanek gęstej cuchnącej ropy. Wierzchołek wyrostka zlepiony dość luźno z pętlą jelita cienkiego, w środkowej części przedziurawiony. Kątnica unieruchomiona w głębi dołu biodrowego przez liczne zrosty, wskutek czego wyprowadzenie jej z jamy brzusznej było niemożliwe i wyrostek odjęto »in situ«. Na pętlach jelit gruba warstwa nalotu włóknikowego. — Przebieg pooperacyjny zupełnie zadowalniający; czwartego dnia chory opuszcza łóżko. 2) **Gruźliczo zmienioną prawą śliniankę podszczękową,** usuniętą u 20-letniego mężczyzny. Chory od pół roku. Z prawej strony pod językiem wystąpiło obrzmienie, które zostało nacięte. Od tej pory ciągła wydzielina rzadkiej ropy. Obecnie ślinianka powiększona, twarda, bolesna, ze skórą nie zrośnięta. Z przewodu ślinianki, t. j. z otworu po poprzedniem nacięciu, usunięto dwa dość spore kamyki ślinowe. Przy naciskaniu od zewnątrz na śliniankę z przewodu wypływa sporo ropy. Śliniankę wyłuszczono. Na przekroju znajduje się bardzo dużo drobnych ognisk, wypełnionych charakterystycznemi masami serowatemi. Gruźlica ślinianek jest sprawą miejscową, bardzo rzadko napotykaną; zdarza się częściej w śliniance przyusznej, bardzo rzadko w podszczękowej, ani razu nie napotykano jej w śliniance podjęzykowej. Wyłuszczenie ślinianki wiedzie do zupełnego wyleczenia. (Streszczenie własne).

IV. Kol. Goldman przedstawił: 1) Preparat **jelita grubego,** długości 21 ctm, **wycięty z powodu oderwania od krezki** i rany ciętej, zadanej scyzorykiem w celu samobójczym przez chorą umysłowo 46-letnią Bajlę Sz., przywiezioną do szpitala im. Poznańskich 5 dni temu z jelitami na zewnątrz jamy brzusznej, zawiniętemi w ręcznik i serwetki Pogotowia ratunkowego. Jelita pozostawały zewnątrz jamy brzusznej około 4 godzin. Ścian brzusznych nie odkażano, jelita obficie przemyto roztworem fizyologicznym; pozostałe części jelita grubego złączono szwem okolnym, zabezpieczywszy miejsce szwu siecią (Netzplastik). Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny; na 3. dzień po operacyi odeszły wiatry; 4. dnia było wypróżnienie. Stan umysłowy chorej pogarsza się. 2) Preparat **wyrostka robaczkowego,** wyciętego u 15-letniej chorej w 6 godzin po zachorowaniu. Wstrząsające kilkakrotne dreszcze, wysoka ciepłota (39·6), jednorazowe wymioty, tętno 100, wyraźne nacieczenie w okolicy klasycznej kazały przypuszczać, że mamy do czynienia z ropieniem dróg limfatycznych wyrostka, ew. naruszeniem sieci. Operacya potwierdziła przypuszczenia: ślimakowato zgięty wyrostek był zatopiony w sieci, usianej drobnymi ropniami. Chora jakoby nigdy przedtem nie chorowała, tylko przez tydzień, poprzedzający to zachorowanie, czuła się niedobrze, pracowała jednak i chodziła. — 3) Preparat **raka odbytnicy,** usunięty metodą Kochera u 35-letniego Chaima G., którego dolegliwości trwały tylko od kilku tygodni. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. (Streszczenie własne).

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

**Państwowy Związek organizacyi lek.** austr. ogłasza, że po przesiedleniu się Dra Kłuszyńskiego z Piotrowic na Śląsku austr. do Bogumina wniosła kasa chorych fabryki sody w Piotrowicach prośbę do Związku o zniesienie bojkotu tej kasy. Związek prośbę tę uwzględnia pod warunkiem, że umowa o posadę zostanie zatwierdzona przez Izbę lekarską i organizacyę śląską. Prezes Związku: *Dr Gruss.*

**Do Związku krajowego lekarzy** przystąpili: Dr Anschel Ader i Dr Stanisław Ozimek z Tarnowa.

**Ankietę w sprawie wychowania fizycznego** zwołuje austr. ministerstwo spraw wewn. w styczniu 1910.

**Stan epidemii w Galicyi.** W czasie od 12. XII. do 18. XII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 3, Olesza 7), Dobromil (Łohatyn 5), Horodenka (Niezwiska 3), Jaworów (Jaworów 3), Kałusz (Dołżka 1, Medynia 2), Stryj (Dzieduszyce wielkie 3, Truchanów 4). *Dr T.*

**Choroby zakaźne we Lwowie.** Od 12. XII. do 18. XII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 2 (w tem obcych 4 † 1), płonicy 21 † 4 (3 † 2), odry 87 † 3 (2 † —), duru brzusznego 13 (3), gorączki połogowej 2 † 2. *Dr Legeżyński.*

**Choroby zakaźne w Warszawie.** Od 28. XI. do 4. XII. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 17 † 8, odry 8, płonicy 16, błonicy 8, róży 16, duru brzusznego 16 † 3, duru plamistego 7, grypy 9. (*Gaz. lek.* Nr 51).

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Zdrojowiska galicyjskie uzyskają prawie wszystkie dojazd koleją, konieczny dla ich normalnego rozwoju. Oprócz bowiem budowy kolei z Muszyny do Krynicy, która ma być ukończona w d. 15. maja 1911, są w toku przygotowania do budowy kolei Drohobycz-Truskawiec, Przemyśl-Brzozów-Rymanów i Nowy Sącz-Szczawnica-Nowy Targ.

— W Krakowie otwarto miejski dom izolacyjny o 5 salach, a z Nowym Rokiem oddany będzie na nowo do użytku po gruntownem przerobieniu miejski zakład odkażania, którym odtąd będzie zawiadywać miejski urząd zdrowia (a nie jak dotąd, zakład czyszczenia miasta).

— Dr Władysław Mydlarski mianowany został honorowym obywatelem m. Pilzna.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Mieczysław Sabuda, rodem z Limanowej.

**Lwów.** Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galic. odbył w d. 22. XI. 1909 posiedzenie, na którem Dr Papée zdał sprawę z ankiety w sprawie ubezpieczenia społecznego, odbytej w Wiedniu 17. XI. 1909. Uchwalono stosownie do prośby powiatowej kasy chorych w Turce nad Stryjem, wydać opinię o regulaminie tej kasy, dotyczącym stanowiska i wynagrodzenie lekarzy i w tym celu prosić kasę o nadesłanie projektu regulaminu. Od-

dano referat o wniosku sekcyi sanockiej Tow. lek. gal. w sprawie szkół i kursów dla położnych Dr Kwiatkiewiczowi. Zaopiniowano 7 podań o koncesye na aptski, uchwalono ogłosić ostrzeżenie co do posady lekarza miejskiego w Starym Samborze, załatwiono kilka spraw drobniejszych i rozpatrywano 2 sprawy honorowe.

— Towarzystwo lekarskie lwowskie powołało na nowo do życia komisyę przemysłowo-lekarską w d. 10. b. m. Komisya wybrała swym przewodniczącym Dra Krzyżanowskiego, jego zastępcą Prof. Renckiego, sekretarzem Dra Sabatowskiego.

— Rada miejska w Przemyślu uchwaliła zbudować wodociągi kosztem 2,600.000 koron.

**Z różnych stron.** W »Spolku lekaru ceskych« obrani zostali przewodniczącymi 4 sekcyi tego Towarzystwa profesorowie: Mares, Hnatek, Kukula i Kabrhel.

— Wobec znanej agitacyi Towarzystw ochrony zwierząt przeciw wiwisekcyom uchwalił »Spolek lekaru ceskych« w dn. 13. b. m. rezolucyę protestującą i wyrażającą zdziwienie, że niektórzy lekarze czescy mogli się przyłączyć »do akcyi tak nierozumnej, nierozważnej i bezpodstawnej«.

— G. Crooker w Nowym Yorku przeznaczył około 5,000.000 koron na badania raka.

— Milioner Otto Beit zapisał uniwersytetowi londyńskiemu na badania lekarskie 215.000 funtów sterl. (5 milionów koron).

— Dyplom doktorski uzyskał w Wiedniu p. Salomon Heuman, rodem z Krakowa.

**Mianowani:** Profesorami: higienista Dr Kister w Hamburgu, ginekolog Doc. Kehrer w Heidelbergu;

asystentami-eksternami szpitali warszawskich: Dr Józef Jakowski, Lucyan Kozicki, M. Cymmerman i G. Krakowski.

**Powołani:** okulista Prof. Hertel z Jeny do Strassburga.

**Zmarli:** higienista Doc. Schierbeck w Kopenhadze, neurolog Doc. Ripamonti we Florencyi, patolog Dr Wells w Londynie (z posocznicy wskutek zakażenia przy sekcyi);

Dr Aleksander Grużewski, były asystent szpitala św. Rocha i św. Ducha i ordynator oddziału chir. szpitala dla dzieci w Warszawie, w 44 r. ż. na Podolu; Dr Czesław Bitner w Mosiewiczach na Litwie.

**Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1909:**

*Gazeta lekarska* Nr 48. Pawiński: Prof. Ignacy Baranowski. Studziński (dok.). Puławski (c. d.). — Nr 49. L. Rydygier: O plastyce przełyku z opisem preparatu anatomicznego po operacyi Roux'a. Puławski (c. d.). — Nr 50. Barszczewski: Zastosowanie promieni Roentgena w klinice chorób wewnętrznych. Puławski (dok.). — Nr 51. Antoni Rydygier: Kilka słów o wydobywaniu ciał obcych z przełyku. Barszczewski (c. d.).

*Medycyna i Kronika lek.* Nr 48. Orłowski: Ś. p. Edward Korniłowicz. Męczkowski: O nowotworach móżdżku i ich leczeniu. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1908. Heiman (c. d.). — Nr 49. Męczkowski (c. d.). Heiman (dok.). Ganz (dok.).— Nr 50. Męczkowski (c. d.). Higier: Odruchy skórne w udarze mózgowym. Rzętkowski: O leczeniu gruźlicy płuc. — Nr 51. Srebrny: Kilka słów w sprawie techniki wycięcia podśluzowego przegrody nosa. Męczkowski (dok.).

*Tygodnik lek.* Nr 48. Pański (dok.). Turzański (dok.).— Nr 49. Halban: W sprawie rokowania i leczenia porażenia postępowego. M. Selzer: Wyniki leczenia w uzdrowisku ludowem w Hołosku. — Nr 50. Helena Popielska: O wpływie bulionu na czynność wydzielniczą gruczołów żołądkowych. Halban (dok.).

*Nowiny lekarskie* Nr 12. Szczygłowski (dok.). R. Spira: O leczeniu ostrych zapaleń ucha metodą zastoinową. J. Bieliński (c. d.). J. Baschkopf (dok.).

*Przegląd chorób skórn. i wen.* Nr 8: Bukovsky: Lymphangioma cutis circumscriptum. Chybczyński (c. d.).

*Postęp okulistyczny* Nr 11. Bałaban: O stosowaniu do oka leczniczej metody ssąco-zastoinowej Biera i Klappa.

*Kronika dentyst.* Nr 12. Popielski (dok.).

*Przegląd higien.* Nr 11. Jubileusz Prof. Szpilmana. Inż. Fonferko: Łaźnie ludowe,

*Zdrowie* Nr 12. Palmirski i Karłowski: W sprawie walki z wścieklizną. Jaworski J.: Monsummano-Grotta Giusti i Montecatini, miejscowości lecznicze włoskie. Dobrzyński: O miastach przyszłości jeszcze słów kilka.

*Gruźlica* Nr 6. Dębiński: Parę słów o reformach, które należałoby wprowadzić w oddziałach szpitalnych, gdzie znajdują się chorzy gruźliczy. Sterling: Obecny stan walki z gruźlicą w Niemczech.

*Głos lekarzy* Nr 23. O mandat sejmowy. — Statut Towarzystwa walki z gruźlicą. — Projekt reformy miejskiej służby sanitarnej we Lwowie. — Nr 24. Mikołajski: Hołd twórcy Esperanta. — Projekt reformy miejskiej służby sanitarnej (dok.).

Redaktor odpowiedzialny:

**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## Zapiski przemysłowo-lekarskie.

### Nadesłane.

**Arhovin.** Dr Bertold Steckler (Aerzt. Centralzeitung Nr 42 1909). Liczne przykre objawy uboczne środków balsamicznych pobudziły autora do wewnętrznego leczenia wiewióra arhoviną. Nie jest to lek balsamiczny, tylko przetwór, zawierający difenylaminę, będźwian thymylowy i etylowy; ulega on w ustroju łatwo wessaniu, a jego składniki wydzielane z moczem działają leczniczo. Arhovina nie obciąża żołądka i nie drażni nerek. Dodatnie jej własności polegają na podniesieniu kwaśności moczu, na kojeniu bolu wzdłuż całego przewodu moczowopłciowego i na powstrzymywaniu rozwoju bakteryi, zawartych w moczu.

Szereg dołączonych historyi chorób objaśnia te własności.

Średnio podawano 3 razy dziennie po 2 kapsułki, obok leczenia miejscowego.

Także w wiewiórze u kobiet stwierdzono korzystne działanie w postaci złagodzenia objawów podmiotowych.

Doświadczenia powyższe polecają arhovinę jako dobry wewnętrzny środek pomocniczy przy leczeniu wiewióra i powikłań w jego przebiegu. *Hr. W.*

## KONKURS.

Wydział powiatowy kamionecki rozpisuje niniejszem konkurs celem obsadzenia posady **lekarza okręgowego** z siedzibą w miasteczku Witków nowy w powiecie tutejszym.

Z posadą tą połączona jest płaca roczna 1.300 Kor. i ryczałt na objazdy i rocznych 700 Kor.

Lekarz ten obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości:

Witków nowy, Witków stary, Suszno, Wulka susz., Płowe, Józefów, Ordów, Stryhanka i Dobrotwór.

Ludność 10.775 dusz. Oprócz wymaganej fizycznej zdatności, kompetenci wykazać się mają:

1) Prawem obywatelstwa austryackiego;

2) Dyplomem doktora medycyny, upoważniającym do wykonywania praktyki lekarskiej; 465

3) Znajomością języków krajowych;

4) Nieprzekroczonym wiekiem 40 lat życia;

5) Praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

6) Odznaczać się nieskazitelnym charakterem.

Posada lekarza okręgowego połączona jest z prawem do emerytury a to w granicach postanowień ustawy z 12 maja br. Nr. 68 dz. ust. kr.

Między kandydatami przy równych zresztą warunkach, pierwszeństwo będą mieli ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy tutaj najdalej do 10 stycznia 1910 r.

W Kamionce str. 27 listopada 1909 r.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Prezes:
*Thullie.*

# Posady dla trzech lekarzy

**(sekundaryuszy, nieżonatych religii rz. kat.) przy szpitalu w Wiedniu.** 460

**Płaca 120 Kor. miesięcznie mieszkanie, światło, opał, usługa, całe utrzymanie I klasy, po roku 150 Kor. mies. i t. d. Zgłoszenia: Szpital OO. Bonifratrów Wiedeń II. Taborstrasse 16.**

## KONKURS.

Izraelicka gmina wyznaniowa w Radomyślu wielkim rozpisuje konkurs na **lekarza** tejże gminy z płacą 600 Kor. rocznie.

Wymogi ogólne dla lekarzy przepisane, przytem nadmienia się iż wolna praktyka lekarza jest bardzo korzystną.

Podania do 5 stycznia 1910 na ręce przełożeństwa gminy. 466

Radomyśl wielki, 15 grudnia 1909.

Przełożony:
*Sewer Wiesen.*

## KONKURS.

Zwierzchność gminy miasta Tuchowa ogłasza konkurs na posadę **lekarza miejskiego** w Tuchowie.

Warunki przyjęcia:

Płaca 1.000 Kor. rocznie. 467

Nieprzekroczony 40 rok życia.

Dyplom doktora wszech nauk lekarskich.

Bliższe warunki są do przejrzenia w Urzędzie miejskim w Tuchowie w godzinach urzędowych.

Termin wnoszenia podań do 5 stycznia 1910 roku

Tuchów, dnia 19 grudnia 1909.

Burmistrz:
*Lasko.*

Do l. 998.

## KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę **lekarza domowego** przy szpitalu izraelickim fundacyi Maurycego Lazarusa we Lwowie.

Pobory wynoszą w pierwszym roku służby 1.200 Kor. wraz z całem utrzymaniem, w następnych latach 1.400 Kor. z utrzymaniem.

Podania należy wnieść do Zarządu szpitala izraelickiego najdalej do 15 stycznia 1910.

Bliższych wyjaśnień udzieli dyrektor szpitala radca ces. Dr. Henryk Mehrer w godzinach przedpołudniowych.

Lwów, dnia 30 listopada 1909. 461

Z Przełożeństwa Gminy wyznaniowej izraelickiej we Lwowie.

## Treść:





Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.